Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 5. WARSZAWA, MAJ 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 5. WARSZAWA, MAJ 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha.
Kierownik dr. medycyny Czesław Otto.

Przyczynek do kazuistyki włośnicy (Trichinosis).

Podał dr. Aleksander Stanisław Krasuski asystent oddziału.

W ostatnim czasie miałem możność obserwowania na oddziale szpitalnym kilku przypadków włośnicy.

Przypadki te przebiegając nietypowo, nastręczały trudności rozpoznawcze. Wobec często zdarzających się w chwili obecnej zachorzeń z powodu zakażenia włośnicami, pragnę podzielić się memi spostrzeżeniami.

Zanim przejdę do omówienia współczesnych poglądów na zakażenie włośnicowe, podam krótki rys historyczny rozwoju poglądów na tą chorobę. Pierwsze spostrzeżenie co do włośnicy zawdzięczamy Tiedemanowi z Heidelberga (1821). Autor ten przy sekcji zwłok osobnika zmarłego z powodu dny stwierdził w jego mięśniach kamieniste złogi. W 1828 roku Peacock składa strychinowaciały mięsień w muzeum Londyńskiego Guy's hospital nie rozpoznawszy natury cierpienia. W roku 1833 Addison znajduje przy sekcji zwłok kamieniste złogi w mięśniach i wyraża przypuszczenie, że są one pochodzenia pasorzytowego. W roku 1835 Paget w St. Bartolomew hospital odkrywa pasorzyty umieszczone w otoczkach wapniowych w mięśniu, a Owen, obserwując to samo, nazywa pasorzyta Trichinella spiralis. W roku 1835 Wood w swej pracy zwraca uwagę na silne bóle mięśniowe, jakie towarzyszą zakażeniu włośnicowemu.

Do końca roku 1836 chorobę obserwowano w Anglji, a od tego roku prace nad włośnicą podejmują Niemcy, zwracając główną uwagę na biologję pasorzyta. W Ameryce w roku 1842 Bowditch i w roku 1847 Leidy odkryli larwy pasorzyta w szynce. W 1844 roku von Sieboldt i Dujardin zaliczyli pasorzyta włośnicy do obleńców. W 1848 roku po raz pierwszy Herbst udawadnia, że zakażenie następuje po spożyciu mięsa wieprzowego zakażonego włośnicami. Od 1855 roku Kuhenmeister,

Leukart i Virchow prowadzą badania nad zakażeniem włośnicowem. W roku 1860 Leukart opisuje cykl rozwoju pasorzyta. Od tego czasu liczni autorowie zajmowali się badaniami nad włośnicą, dowodem czego cały szereg prac poświęconych biologji pasorzyta, oraz badaniom klinicznym.

Badacze polscy na polu zakażenia włośnicowego nie pozostali w tyle; już w roku 1860 Natanson mówi w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem o zakażeniu włośnicowem, dalej badania nad włośnicą prowadzili: Brodowski, Natanson, Chełchowski, Biegański oraz wielu innych.

Zakażenie włośnicowe powoduje, jak o tem już wspomniałem wyżej włośnica — trichinella spiralis, należąca do rodziny obleńców. — Nemathelminthes.

Drogą doświadczalną włośnicą można zakazić zwierzęta zarówno mięso, jak i trawożerne. Jako pasorzyt włośnica znajduje się u świni, dzików, szczurów, kotów, lisów i t. p. Człowiek zaraża się włośnicą przez spożycie zakażonego mięsa wieprzowego. Dojrzałe płciowo pasorzyty przebywają w kiszkach w postaci tak zwanej włośnicy kiszkowej; larwy zaś włośnicy znajdują się w mięśniach tegoż gospodarza w postaci włośnicy mięśniowej. Włośnica kiszkowa jest to pasorzyt okrągły z końcem głowowym zaostrzonym i zaokrąglonym ogonowym. Długość samicy wynosi 1.5 mm., szerokość 0.14 mm.

W stanie niezapłodnionym jest ona nie wiele co większa od samca. Zapłodnienie odbywa się w pierwsze dni przebywania w kiszkach. Od siódmego dnia począwszy po zapłodnieniu rozwijają się zarodki w postaci larw. W czasie brzemienności samica rozrasta się tak, że długość jej wynosi 4 mm. szerokość zaś 0,6 mm. Dawniej przypuszczano, że młode włośnice samoistnie przenikają poprzez ścianę jelita, jednakże badania ostatniej doby ustaliły, że samica zagłębia się aż do mięśniówki jelit i wypuszcza larwy bezpośrednio do naczyń chłonnych. Larwy następnie, jak to ustaliły badania Askanazego, przechodzą do gruczołów kreskowych, do przewodu piersiowego, wreszcie przenikają do krwiobiegu.

Co do tego, czy mogą się one poruszać samoistnie, sprawa nie została ostatecznie rozstrzygnięta. Długość larw wynosi 6.15 mm. Koniec głowowy ich w przeciwieństwie do włośnic kiszkowych jest zgrubiały. Przechodząc poprzez krwiobieg, larwy osiedlają się ostatecznie w mięśniach poprzecznie prążkowanych. Flury na zasadzie swych badań, wyraża przypuszczenie, że włośnice do mięśni przynęca glikogen w nich zawarty. Dawniejsi badacze przypuszczali, że włośnice gromadzą się w naczyniach włosowatych, przebiegających w mięśniu, nowsze badania jednakże wykazały, że usadowiają się one w pęczkach mięśniowych.

Po usadowieniu się w mięśniu przedni koniec ich ciała zaostrza się, tylny zaokrągla i pojawiają się zaczątki narządów płciowych. W miarę wzrostu włośnica poczyna zwijać się w kłębek. Steubli i Romanowicz wykazali, że po usadowieniu się w mięśniu włośnicy, zanika prążkowanie włókien mięsnych, istota mięśniowa zostaje zastąpiona przez istotę bezpostaciową. Warstwa otaczająca pasorzyta grubieje, przerasta tkankę łączną i wytwarza się otoczka. Otoczka ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu, a poczynając od szóstego miesiąca rozpoczyna się jej wapnienie.

Często proces wapnienia następuje dopiero po kilku latach. Zazwyczaj otoczka zawiera jedną larwę, niekiedy jednakże stwierdzano ich kilka w jednej otoczce. Długość larw wynosi 800 M do 1 mm. Po zwapnieniu larwy mogą bardzo długo czekać na nowego gospodarza. Klopsch znajdował u człowieka larwy 24 lata po zakażeniu. Babes w 1907 roku odkrył larwy przy sekcji zwłok ludzkich 21 lat po zakażeniu i zdołał zarazić niemi psa. Włośnice są bardzo oporne na działanie temperatury. Dopiero temperatura 80^0 do 90^0 C. je zabija. Przy pieczeniu mięsa w grubym kawałku wewnątrz tegoż nie osiągamy tak wysokiej temperatury. Wędzenie i marynowanie mięsa nie niszczy włośni. U świń włośnice sadowią się w mięśniach w bliskości przyczepu ścięgien, głównie w mięśniach oczu, żwaczach, przeponie, mięśniach krtani, mięśniach międzyżebrowych, brzusznych i lędźwiowych. Po spożyciu zakażonego mięsa wieprzowego, otoczka zawierająca trychiny, pod działaniem soku żołądkowego rozpuszcza się, trychiny zostają uwolnione i po 2 — 3 dniach osiągają dojrzałość płciową.

W miejscu gdzie przeniknęła samica stwierdzamy przerost komórek śródbłonkowych naczyń chłonnych jelita. Askanazy opisuje tu figury kariokinetyczne. Romanowicz stwierdza mitozy w licznych komórkach nabłonkowych bądź w ich obrębie, bądź w pewnej odległości od naczyń chłonnych. Figury mitotyczne stwierdzono również w grudkach chłonnych. Jelita ulegają przekrwieniu. Nacieczenie zapalne nie przekracza zazwyczaj podśluzówki. Na sekcji osób zmarłych po zakażeniu włośnicami stwierdzamy przekrwienie i katar jelit cienkich, stłuszczenie wątroby, powiększenie śledziony, choć nie stale, zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego. W mięśniu sercowym włośnice

stwierdzano rzadko natomiast częste są tu zmiany zapalne z przewagą komórek eozynochłonnych. Często spotykamy zapalenie osierdzia i zapalenie opłucnej.

Wybitne zmiany włośnica daje ze strony krwi, wyrazem ich: policythemia, leukocytoza i eozynofilia. Zmiany jakie stwierdzamy zależą już to od miejscowego działania włośnic, już to od działania toksyn. Dawni autorowie jak Ehrhardt, Oskar, Miecznikow, Linstov przypuszczali, że larwy włośnic mogą wydzielać jady. Studja nad tą sprawą, przy zastosowaniu nowoczesnej techniki badania, podjął Romanowicz. Stwierdził on, że surowica świnek morskich i szczurów, zakażonych włośnicami, nabiera własności toksycznych. Toksyczność tej surowicy jest w stosunku prostym do ilości spożytych włośnic. Surowica ta wstrzyknięta zwierzętom zdrowym tego samego gatunku powoduje u nich upadek sił, drżenie, skurcze mięśniowe. Prócz tego stwierdzamy duszność, biegunkę, wychudnięcie. Zwierzęta giną po upływie 24 godzin, a na sekcji stwierdzamy, przekrwienie jelit, przekrwienie naczyń jamy brzusznej i rozszerzenie komór serca.

Flury wydzielił cały szereg jadów np. jad powodujący obrzęki, jad wywołujący sztywność mięśni. Objawy kliniczne przy zakażeniu włośnicami występują w 3 — 4 dni po spożyciu zakażonego mięsa. Mdłości, biegunka, wzdęcie kiszek nie są tu objawami stałemi, choć często są notowane. Czasem zamiast biegunki spotykamy zaparcie stolca. Jeżeli zwrócimy się do literatury to przypadki Żenczykowskiego przebiegały z biegunką wtedy, gdy Chełchowski i Biegański objawów żołądkowo-jelitowych w obserwowanych przez nich przypadkach, nie stwierdzali.

Charakterystycznem natomiast jest, uczucie silnego zmęczenia mięśniowego, objaw zależny od zatrucia jadowitemi produktami przemiany materji włośnic, oraz produktami rozpadu samych mięśni. Większość przypadków przebiega z gorączką, choć notowano przypadki przebiegające zupełnie bez gorączki. Czas trwania gorączki bywa różny, zależnie od ciężkości zakażenia, średnio jednak gorączka trwa do 3-ch tygodni. W przypadkach Chełchowskiego gorączka dochodziła do 40^0. Najdłuższy czas trwania stanu gorączkowo dochodził do 51 dni. A w przypadkach Biegańskiego czas trwania gorączki wachał się w granicach od 1 do 6 tygodni. Tętno w większości przypadków było przyspieszone, znane są jednak przypadki, gdzie notowano podobne zwolnienia tętna, jak przy durze brzusznym. Ciśnienie krwi jest zazwyczaj obniżone. Maase i Zondek stwierdzają obniżenie ciśnienia znacznego stopnia i wedle nich na to obniżone ciśnienie adrenalina nie działa. Matthes stwierdzał w swoich przypadkach obniżenie się ciśnienia krwi, nie podziela on natomiast zdania poprzednio wymienionych autorów i stwierdza, że adrenalina

podnosi to obniżone ciśnienie. Powiększenie śledziony przy włośnicy nie jest objawem stałym. Matthes nie stwierdzał w swoich przypadkach powiększenia śledziony. Schleipp stwierdzał powiększenie śledziony w 80% przypadków. Steyrer w opisanej przez siebie epidemji stwierdzał powiększanie śledziony.

Jako wyraz zakażenia pojawiają się tu często wysypki skórne w postaci miliaria, pokrzywki, rozeoli, notowano również i herpes czy rakowatość, swędzenie, wreszcie łuszczenie się skóry. Takie wysypki skórne obserwował w swych przypadkach Żenczykowski. Na dziewiąty dzień spostrzegamy objawy zależne od ulokowania się włośnic w mięśniach. W tym okresie można włośnice stwierdzić przez badanie drobnowidzowe cząstek mięśnia. Do ósmego zaś dnia można stwierdzić włośnice we krwi. Badania te wykonywałem kilka razy, jednakże włośnic we krwi nigdy nie wykrywałem. W kale wedle Mathesa włośnic stwierdzić się nie daje.

Skutkiem usadowienia się włośnic w mięśniach, mięśnie twardnieją, a ponieważ włośnice sadowią się głównie w zginaczach kończyn, przez to kończyny zostają przygięte. Usadowienie się włośnic w mięśniach karku może powodować sztywność karku. Usadowienie się w żwaczach-szczękościsk, usadowienie się w mięśniach przełyku i krtani—zaburzenia w połykaniu i w głosie, w mięśniach oczu—bóle i porażenia tych mięśni. Usadowienie się włośnic w mięśniach międzyżebrowych, przeponie i mięśniach brzucha może powodować zaburzenia w oddychaniu. Zajęcie mięśni oddechowych sprzyja powstawaniu rozlanego zapalenia oskrzeli i zrazikowego zapalenia płuc.

Ważnym objawem są występujące tu obrzęki. Pojawiają się one przy końcu pierwszego tygodnia, najpierw pod oczami, a następnie mogą występować na kończynach górnych i dolnych. Obrzęki jednakże nie są objawem stałym. Powstanie tych obrzęków nie jest całkowicie wyjaśnione. Jedni uważają je za sprawę zapalną, inni mniemają, że powstają one wskutek zatkania drobnych rozgałęzień naczyń chłonnych włośnicami.

Z objawów nerwowych należy zanotować znikanie a czasem wzmożenie się odruchów rzepkowych, zjawianie się w niektórych przypadkach odruchu Babińskiego stopowtrząsu, występowanie objawu Kerniga. Ejzelhorn twierdzi, że przy włośnicy występują wybitne zmiany w przewodnictwie elektrycznem mięśni. Wedle tego autora prze-

wodnictwo w mięśniach strychinowaciałych znika zupełnie. Mathes neguje to zjawisko. Ja w swoich przypadkach w tym kierunku badań nie prowadziłem.

Ze strony moczu należy podkreślić zjawienie się odczynu dwuazowego, białka i wałeczków szklistych. Maasse i Zondek twierdzą, że przy włośnicy nawet u osób, które nie otrzymywały szczepień przeciwdurowych, można stwierdzić dodatni odczyn Vidala. Mathes nie stwierdzał w swoich przypadkach dodatniego odczynu Vidala. Co do moich przypadków, to odczyn Vidala wypadał u mnie zawsze ujemnie. Z innych objawów liczni autowie notują silne poty, zaburzenia w miesiączkowaniu. Bardzo ważnemi są zmiany ze strony krwi. — Stwierdzamy tu leukocytozę i bardzo wybitną eozynofilję — 60-70%. Eozynofilję we krwi spostrzegali pierwsi w roku 1897 autorowie amerykańscy Thayer, Brown i Gwyn.

Co do eozynofilji, jej stopnia i czasu trwania w różnych epidemjach i u różnych autorów mamy bardzo różnorodne dane. W przypadkach Chełchowskiego eozynofilja wachała się w granicach 10% do 80%. Chełchowski nie upatruje związku pomiędzy wysokością eozynofilji i natężeniem stanu choroby. Werner, Heinrich stwierdzali eozynofilję od 5 do 20%, Loos 40%, Budai 7 — 42%. Leukocytoza w przypadkach Budai, Loosa, Bettisona wachała się w granicach od 14 do 30 tysięcy.

Ciekawe są badania nad eozynofilją Sterlinga-Okuniewskiego. W przypadkach włośnicy autor ten stwierdzał, że eozynofilja znajdowała się w prostym stosunku do natężenia objawów chorobowych. W niektórych przypadkach eozynofilja utrzymywała się do dwuch miesięcy po ustąpieniu objawów chorobowych. Autor w pracy swej wyraża pogląd, że neutrofile w czasie trwania włośnicy nabierają własności kwasochłonnych i przechodzą w eozynofile. Na zmianę tę wpływają wedle autora jady, krążące we krwi. Czas trwania choroby jest różny: średnio można obliczać na 2—3 tygodni, a w przypadkach ciężkich na 6—do 8 tygodni. Co do śmiertelności to Strümpell uważa, że w jednej trzeciej przypadków mamy zejście śmiertelne. Zejście śmiertelne bywa najczęściej w 4 i 6 tygodniu i zależy najczęściej od zaburzeń w narządzie oddechowym. Wedle Loosa odsetek śmiertelności wynosi 37%, Chełchowski zaznacza, że na ogół u osób młodych cierpienie ma łagodniejszy przebieg, niż u starszych. Biegański i Chełchowski w swoich przypadkach zejścia śmiertelnego nie notowali. Ziółkowski podaje następującą statystykę: epidemje w Hevesleben 30% śmiertelności, w La Boulbeine 75%, w Saksonji 1,54% w Płockiem 26.3%, w Łodzi 16% i w Kaliszu 12%.

Z powyższego widzimy, że włośnica daje obraz kliniczny bardzo niejednolity, co może dawać powód do błędów rozpoznawczych. Ważnem więc tu będzie omówienie djagnostyki różniczkowej.

Opierając się na objawach mięśniowych należy różniczkować włośnice z polyomyositis. W obu tych chorobach może zachodzić znaczne podobieństwo tak co do gorączki, jak i co do objawów ze strony przewodu pokarmowego. Prócz tego obu cierpieniom towarzyszyć mogą silne poty. Porażenie mięśni, oczu i krtani są przy obu tych chorobach zjawiskiem częstem, to samo dotyczy również i wysypek skórnych. Należy zaznaczyć, że przy włośnicy czasem odruchy rzepkowe znikają, a objaw Kerniga bywa zaznaczony. Rozstrzygającym będzie tu obraz krwi — włośnica daje eozynofilję i leukocytozę, objawy dla polyomyositis niecharakterystyczne. Jednakże należy zaznaczyć, że i przy polyomyositis stwierdzano czasem przejściową eozynofilję, również znane są, jak o tem wspomniano, przypadki włośnicy przebiegające bez eozynofilji.

Prócz tego należy zaznaczyć, że podobną bolesność mięśni jak przy włośnicy i polyomyositis stwierdzamy przy durze, chorobie Weila oraz grypie.

Ze względu na spadek ciśnienia, wysypki zakażenia włośnicowego przyjmowano często za dur osutkowy, jednakże obraz krwi ma tu decydujące znaczenie, gdyż eozynofilja jest jedynie właściwa dla zakażenia włośnicami. Ze względu na charakter tętna, które bywa czasem zwolnione, na towarzyszące cierpieniu bóle głowy, oraz objawy ze strony przewodu trawiennego — przyjmowano włośnicę za dur brzuszny. Obrzęki, poty, brak powiększenia śledziony, a w pierszym rzędzie leukocytoza, oraz obraz krwi z przewagą eozynofilów, sprowadzą rozpoznanie na właściwe tory. Ze względu na eozynofilję musimy zaznaczyć, że objaw ten obserwujemy przy: białaczce, chorobach skóry (jak egzema i pemphigus) anhylostoma duodenale, rozmiękczeniu kości, astmie oskrzelowej i szkarlatynie. Obserwacja kliniczna i wszechstronne zbadanie chorego usuną tu jednak wątpliwości rozpoznawcze.

dok. nast.

Preparaty złota w lecznictwie gruźlicy.

(podał Dr. Med. E. Wajs)

Związków złotowych lub złotawych wprowadzono do lecznictwa sporą ilość, lecz, jak zwykle w życiu, zdania co do ich wartości są bardzo rozbieżne.

Według de Witt'a (1) już arabscy lekarze (Abu Moussa) stosowali sole złota w lecznictwie gruźlicy.

Paracelsus stosowал złoto w połączeniu z rtęcią. Z czasem zapomniano o tem zupełnie, i dopiero R. Koch w 1890 roku, jak podaje Richman (2) zauważył dodatnie działanie związków złota z cyanem (CN) na prątki gruźlicze *in vitro*.

Bruck i Glück (3) próbowali cyanek złotawo-potasowy (aurum-kalium cyanatum) $KAuCN_2$ w toczniu (lupus); otrzymywali odczyny ogniskowe w tkankach gruźliczych, jak po tuberkulinie. Działania w gruźlicy płuc $KAuCN_2$ nie wywierało.

Feldt i Spiess (4) stosowali związek złotawo-kantarydynowy (aurocantan) z wynikiem dodatnim w gruźlicy krtani.

Ciż autorzy w 1917 r. stosowali krysolgan (sól sodowa kwasu aminoaurofenol-karbonowego) w dawkach 0,025 — 0,2 w 5 $cm.^3$ wody destylowanej dożylnie (w dawkach stopniowo wzrastających) który działać ma leczniczo w gruźlicy krtani (Schröder, Meye, Reuter, Richmann) (5) i płuc (Schröder) (6). Po stosowaniu krysolganu otrzymuje się odczyny ogólne i ogniskowe (miejscowe). Występowanie odczynów ogniskowych zdaje się, według niektórych badaczy, świadczyć o swoistości działania krysolganu, należy jednak zwrócić uwagę na to, że u gruźlików również stosowanie obcogatunkowych ciał białkowych (caseosan) wywołać może odczyny ogniskowe (Henius) (7). Schröder i Henius (8) są zdania, iż krysolgan działa nie na prątki, lecz na ogniska gruźlicze, powodując w nich zwiększoną tendencję do bliznowacenia. Jako objawy uboczne i przemijające otrzymuje się wysypkę i podrażnienie nerek (Unna) (9). Feldt (10) rozpatruje działanie krysolganu jako działanie katalizatora, przyspieszającego autolizę tkanek i powodującego uwolnienie produktów rozpadu białkowego. Produkty te działać mają jako bodziec zapalny, powodując uszkodzenie prątków gruźliczych oraz wywołując ogniskowe objawy zapalne wraz ze wszystkiemi ich następstwami (zbliznowacenie). Heubner (11) uważa krysolgan za jad kapillarny. Związtczenie naczyń włoskowatych powoduje silniejsze ukrwienie ogniska gruźliczego oraz zwiększoną przepuszczalność ścian kapilarów — wynikiem zmian powyższych, mają być objawy ogniskowe.

W C. Stuhl (12) podaje 72 przypadki gruźlicy o różnem umiejscowieniu, leczone krysolganem. Dawki stosował 0,001 do 0,1. Wy-

niki dobre nawet u chorych ambulatoryjnych. 64% przypadków gruźlicy otwartej straciło prątki. W wielu przypadkach stosowano leczenie kombinowane: tuberkulinę z krysolganem. W innych przypadkach stosowano krysolgan po otrzymaniu poprawy dzięki tuberkulinie.

U kobiet stwierdzono, że krysolgan może powodować krwawienie z narządów rodnych, a nawet poronienia (4 przypadki). Ciąża zdaje się być przeciwwskazaniem dla krysolganu.

A. Lennartz (13) przytacza jeden przypadek tocznia rumieniowego (lupus erythematodes), wyleczonego 3 zastrzykami krysolganu w małych dawkach (1 mg., 5 mg. w odstępach 14-dniowych). Lennartz przytacza również ilość procentowych wyleczeń lub popraw lupus erythematodes po stosowaniu krysolganu: Galewski 60%, (Derm. Wschr. 1924, Nr. 42), Ulmann 60% (Wien. Kl. Woch. 1924, Nr. 23), Martenstein 66% (Klin. Woch. 1922, Nr. 45), Westehalen 66% (Deutsch. Med. Woch. 1923, Nr. 50), Fried 20% wyleczeń i 53% poprawy (Kl. Woch. 1923, Nr. 8).

Zwerg (14) stwierdza dodatnie działanie krysolganu w gruźlicy oka i krtani. Krysolgan sam lub w połączeniu z leczeniem tuberkuliną dają wyniki dobre. Zwerg zaznacza, że zdania klinicystów są podzielone, według jednych (Schröder, Lewy, Geszte i t. d. krysolgan daje wyniki dodatnie, według innych wyniki leczenia krysolganem nie przewyższają wyników leczenia szpitalno-sanatoryjnego.

Lewen (15) ostrzega przed stosowaniem krysolganu, zaznacza, że 0,001 krysolganu podskórnie spowodowało wystąpienie objawów burzliwych ze strony układu nerwowego.

Michels podaje 94 przypadki zaawansowanej gruźlicy płuc, leczonej krysolganem. Według niego wyniki procentowo były bardzo dobre w porównaniu z 485 chorymi, którzy byli rok przedtem przez niego leczeni bez krysolganu. Dawano w 10-dniowych przerwach od 0,025 do 0,1 g. krysolganu. Michels uważa, że nie trzeba kombinować tego leczenia z leczeniem tuberkuliną.

Henius (16) podaje 36 przypadków klinicznych i 20 ambulatoryjnych (wszyscy z tbc pulmonum. Postacie przeważnie nie wysiękowe). Dawki: 2 zastrzyki po 0,025; 2 po 0,05; 2 po 0,1 i 2 po 0,2. Odstęp między zastrzykami 3—14 dni. Wyniki dobre. W ogniskach gruźliczych stwierdzano swoiste działanie soli złota, w całym zaś ustroju niewrażliwość na tuberkulinę.

Kiess (17) otrzymywał dobre wyniki w przypadkach lupus erythematodes, granuloma annulare, lichen ruber planus. Powikłań nie było. Dawki minimalne. Kiess uważa krysolgan jako środek swoisty dla lupus erythematodes.

A. Reuss (18) widział, że u chorej z postępującą wytwórczo-guzowatą gruźlicą płuc i nieżytem krtani po dawce 0,025 krysolganu wystąpiła wysypka, obrzęki oraz odczyny ogniskowe w płucach i krtani. Objawom tym towarzyszyły wstrząsające dreszcze. Ponieważ chora ta przy pracy w fabryce galwanicznej nad roztworami złota oraz po włożeniu i noszeniu obrączki dostawała swędzącej wysypki, A. Reuss zupełnie słusznie uważa przypadek powyższy za swoistą idjosynkrazję względem związków złota.

C. Schelenz (19) podaje, że u chorego z gruźlicą płuc i krtani po czwartym zastrzyku krysolganu rozwinął się półpasiec (herpes zoster), a następnie w tymże obrębie na chrząstkach żebrowych powstał zimny ropień.

Klemperer (20) przytacza zdanie Kolbmana i Wiesnera: „krysolgan jest cennym środkiem w lecznictwie gruźlicy płuc, środkiem, który stosowany być może nawet w tych przypadkach, w których inne środki są przeciwwskazane". Wspomniani autorzy radzą zaczynać od dawek najniższych, stosować dostatecznie długie przerwy między wstrzykiwaniami, *dobierać przypadki* i mieć je podczas kuracji pod ciągłą i dokładną obserwacją.

Typograf i Dobrowolski (21) uważają krysolgan za lek cenny i przy odpowiedniem stosowaniu zupełnie nieszkodliwy, lecz podana przez nich statystyka nie jest bardzo przekonywająca: na 14 przypadków w dwóch stwierdzono poprawę wybitną, w 3 poprawę znaczną, w 9 krysolgan prawie żadnego działania nie okazał.

Jindra z Brna (22) na podstawie 30 przypadków stosowania krysolganu w gruźlicy krtani (0,01—0,05) w odstępach 10-dniowych mógł stwierdzić wyniki względnie zadowalające.

W lżejszych postaciach tbc. laryngis stwierdzono laryngoskopowo znaczną poprawę lub nawet całkowite wyleczenie (o ile stan ogólny chorego był dobry).

W 2 ciężkich przypadkach stwierdzono jednak pogorszenie się stanu ogólnego. Spostrzeżenia powyższe nie są bezwzględnie miarodajne, ponieważ razem z krysolganem stosowano również przypalania galwaniczne.

Następnym preparatem, o połowę mniej jadowitym, jest triphal. Do leczenia tryfalem (L. Rickmann) (23) najbardziej nadaje się gruźlica płuc i krtani z tendencją do bliznowacenia. Sprawy wysiękowe w płucach należy wyłączyć z leczenia tryfalem. **W odpowiednio dobranych przypadkach** wyniki dodatnie można jeszcze polepszyć przez

równoczesne naświetlanie promieniami Roentgena. Zwerg (24) publikuje 50 przypadków, z których całkowitą kurację przeprowadzono u 31. Stosowany był przeważnie tryfal w gruźlicy płuc lub płuc i krtani. Postacie gruźlicy płuc wysiękowe lub przeważnie wysiękowe, gruźlica jelit i choroby nerek uważano za przeciwwskazania do przeprowadzenia kuracji. Jako warunek stosowania uważa Zwerg nieznacznie tylko wzniesienia ciepłoty, do 38^0 w prostnicy, w celu ewentualnego nieprzeoczenia odczynu gorączkowego po zastrzyku u chorych silnie gorączkujących. Dawki: 0,001; 0,005; 0,01; 0,015; 0,02 i t. d. w odstępach 14-dniowych. W sumie ogólnej chorzy otrzymywali do 0,20 g. W czasie wysypek (pokrzywkowe lub plamkowe) występuje eozynofilja (do 14%). Stosowanie tryfalu powoduje objawy ogólne i ogniskowe. Wyrazem objawów ogólnych jest wzniesienie ciepłoty do 38.2^0 w rectum. Wzniesienie to może wystąpić w dniu zastrzyku (typ najczęstszy); w dniu następnym lub jeszcze później w 24 do 36 godzin po zastrzyku. Zwerg tłumaczy typy odczynów gorączkowych wcześniej lub później występującem przekrwieniem ognisk gruźliczych, co według von Frisch'a ma być cechą indywidualną.

Bardzo jest trudno stwierdzić odczyny miejscowe w płucach. (Niekiedy — w 1 przypadku na 50 zdarzyło się krwioplucie w dniu zastrzyku łącznie z podniesieniem ciepłoty do 37.9^0). W gruźlicy krtani stwierdzono za pomocą wziernika zaczerwienienie i obrzęk chrząstek, które w okresach między zastrzykami na nowo bladły. Na 31 całkowicie leczonych przypadków (prawie wyłącznie gruźlicy obustronnej) poprawę skonstatowano w 10 przypadkach = 32%, pozostaje 7 przypadków = 23% z mniejszą poprawą. Jako kryterjum polepszenia uważa Zwerg, prócz objawów fizykalnych, zmniejszenie szybkości opadania krwinek czerwonych oraz przesunięcia się jąder na prawo w obrazie białych ciałek krwi, nadto zwiększenie się ilości limfocytów.

Sachs (25) podaje 40 przypadków, leczonych trifalem. Wyniki podobno niezłe, i środek ten okazał się nieszkodliwy dla nerek i przewodu pokarmowego.

Dla całokształtu wspomnieć jeszcze musimy o stosowaniu aurofosu. Jest to połączenie sodowo-złotawe kwasu aminoarylofosforowego z kwasem podsiarkowym (27,3% złota). Dawki od 0,001 do 0,3. Wyniki problematyczne (R. Frank).

Przechodzimy do rozpatrzenia sanokryzyny.

Ulrici (26), omawiając dzieło Moellgaarda, stwierdza, że celem Moellgaarda było otrzymanie związku, któryby działał w myśl zasady „therapia sterilisans magna". Związek taki powinien być łatwo rozpuszczalny, powinien dawać w roztworach jony złożone. nie dając jonów złota, działających jako jad kapillarny i powinien łatwo rozkładać się w ustroju, również nie dając ani jonów Au, ani innych ciał trujących. Według przypuszczeń Moellgaarda, związek taki ma posiadać znaczną bakterjotropowość przy minimalnej organotropowości. Za taki związek uważa Moellgaard sanokryzynę, otrzymaną przez Fordos'a i Gelin'a, zbadaną i określoną przez Vanino w 1914 r., jako podwójny tiosiarczan sodowo-złotawy.

Sanokryzyna jest ciałem, koloru śnieżno-białego, krystalizuje w długich igłach, łatwo rozpuszcza się w wodzie (1 gram w 2 cm^3 wody), nie jest hygroskopijna, rozkłada się przy 120°.

Rozczyn wodny jest prawie obojętny. Przenika łatwo przez błony zwierzęce. Szybkość dyfuzji wynosi 75% szybkości dyfuzji JK.

Rozcieńczone kwasy mineralne nie działają na sanokryzynę; ogrzane — wyzwalają złoto.

Rozcieńczony roztwór wodny może być wyjaławiany bez rozkładu. Sanokryzyna w stanie suchym jest bardzo trwała.

Rozczyny buljonowe 1:10.000.000 i 1:1.000.000 opóźniają wzrost laseczników w porównaniu z hodowlami kontrolnemi; rozczyn 1:100.000 pozbawia zupełnie laseczniki zdolności rozmnażania się; rozczyn 5:100.000.000 wywiera wpływ na kwaso-odporność prątków.

Na nerki ludzi zdrowych sanokryzyna nie działa zupełnie w stosunku 1 cg na 1 kg wagi.

Moellgaard twierdzi, że obniżenie punktu zamarzania i miara przewodnictwa elektrycznego wodnych roztworów sanokryzyny dowodzi, iż w rozcieńczonych rozczynach tworzy się jednowartościowy jon ($AuS2O_3$), natomiast jony Au, ścinające substancje białkowe, nie wytwarzają się. Wpływ sanokryzyny na prątki tbc. występuje najsilniej po działaniu dwugodzinnem, następuje wówczas bakterjoliza, a rozpadłe prątki, wskutek redukcji Au, barwią się na kolor ciemnoniebieski.

W pewnych okresach działania sanokryzyny prątki tracą swą kwasoodporność: przy zwykłem barwieniu fuksyną odbarwiają się H_2SO_4, przy działaniu jednak późniejszem 1% sodą powraca czerwone zabarwienie prątków.

Cielęta, u których w godzinę po dożylnem zastrzyknięciu hodowli prątków gruźliczych zastosowano dożylnie sanokryzynę, pozostają zdrowe. U zwierząt zdrowych przy trujących dawkach sanokryzyny, powyżej 0,06 na kilo wagi, powstaje obraz kliniczny zatrucia, w postaci porażeń, zapaleń nerek, obrzęków opon miękkich mózgowia, śmierć następuje przy porażeniu ośrodków oddechowych.

Zatrucia występują jednak tylko po bardzo wysokich dawkach sanokryzyny, powyżej 3—4 cg na kg żywej wagi u świnki morskiej; 4 cg — u królika; 6 cg — u bydła rogatego. Dawki zwykłe lecznicze 1—2 cg na kg żywej wagi dla zwierząt zdrowych są całkowicie nieszkodliwe. U zwierząt, doświadczalnie zakażonych gruźlicą w ciągu 3 tygodni, u zwierząt zaś zakażonych samoistnie w ciągu 2 tygodni przed śmiercią zwierzęcia powstaje tak zw. wstrząs tuberkulinowy. Moellgaard przypuszcza, iż w ciągu tych dwóch okresów we krwi brak niweczników przeciw-gruźliczych, lub też występują one w ilości niedostatecznej; we wszystkich innych okresach w przebiegu gruźlicy przewlekłej muszą się znajdować we krwi niweczniki, chroniące przed wstrząsem tuberkulinowym w ilości dostatecznej. Jako dowód słuszności swych poglądów, przytacza Moellgaard, iż bardzo ciężki białkomocz, który wystąpił u cielęcia po zastrzyknięciu dużej dawki sanokryzyny, znikł w ciągu 24 godzin po zastrzyknięciu dożylnem 25 cm^3 surowicy krwi, otrzymanej od cielęcia, chorego od 3 miesięcy na gruźlicę. Do objawów t. zw. wstrząsu tuberkulinowego po sanokryzynie należą (Moellgaard): prócz białkomoczu i spadku ciepłoty, kapillarne przekrwienie wątroby, śledziony i płuc, ciężkie miąższowe zapalenie nerek, krwiomocz, zaburzenia krążenia, niedomoga serca i obrzęk płuc, Heubner uważa, iż objawy powyższe występują prawdopodobnie, jako wynik zatrucia produktami rozkładu sanokryzyny, rozkładu, który w ustroju gruźliczym musi inaczej przebiegać, niż w ustroju zdrowym.

Najbardziej zasadniczą cechą wstrząsu jest nadzwyczajna gwałtowność objawów i niesłychanie szybki przebieg, kończący się u doświadczalnych zwierząt śmiercią w 6-30 godz. Objawy wstrząsu występują zwykle na drugi dzień po zastrzyknięciu sanokryzyny. Są to: 1) nagły i gwałtowny spadek ciepłoty po uprzedniem odczynowem jej wzniesieniu się; jest to najbardziej charakterystyczny objaw; 2) białkomocz lub krwiomocz (objawy najwcześniejsze); 3) sinica i duszność; 4) tętno miękie, małe i nitkowate. Anatomopatologicznie stwierdza się przekrwienie wątroby, śledziony, obrzęk płuc, zwyrodnienie mięśnia sercowego na tle zatrucia — (według Moellgaard'a). Cały zespół sekcyjny odpowiada objawom anatomo-patologicznym wstrząsu tuberkulinowego.

Swą surowicę przeciwjadową otrzymuje Moellgaard przez zastrzykiwanie zdrowym, nie oddziaływującym na tuberkulinę cielętom — hodowli zabitych prątków gruźliczych, oraz tuberkuliny. 1 gr. zabitych przy 115^0 prątków gruźliczych zastrzykuje się cielęciu wagi 100 kg; po 8 dniach — powtórzenie zastrzyku, jeszcze po następnych 8 dniach — wstrzyknięcie 10 g tuberkuliny typu bovinus. Zastrzyki powtarza się do tego czasu dopóki 40 cm^3 surowicy uodpornionego cielęcia nie będzie w stanie w ciągu 24 godzin znieść białkomoczu, jaki po zastrzyknięciu 1 g sanokryzyny wystąpił u cielęcia, zakażonego przed 3 tygodniami dwoma cm^3 prątków gruźliczych na 100 kg. wagi. Ludzie i zwierzęta z gruźlicą przewlekłą wykazują po wstrzykiwaniu sanokryzyny wzniesienie ciepłoty, objawy skórne, biegunki, spadek wagi; w razie równoczesnego stosowania surowicy według Moellgaard'a znikają lub zmniejszają się wybitnie objawy powyższe, jak również i białkomocz; jedynie spadek wagi, nie we wszystkich przypadkach, można było powstrzymać przez zastosowanie surowicy. Moellgaard przytacza swe obserwacje nad gruźliczemi świnkami morskiemi, nad bydłem rogatem i nad 2 małpami. Małpy te obserwowane tylko klinicznie: przed rozpoczęciem leczenia znajdowały się w stanie opłakanym, po skończonej zaś kuracji stan znacznie polepszył się (Klemperer uważa istnienie gruźlicy u danych małp za prawdopodobne, wyleczenie zaś — za niezupełnie dowiedzione).

Secher i Würtzen (27) wymagają leczenia szpitalnego, leżenia w łóżku, mierzenia ciepłoty, badania moczu, kontroli wagi. Uważają białkomocz za objaw niegroźny, przemijający. Za niebezpieczne uważają objawy ogniskowe, które u chorych z tbc. exsudativa lub miliaris wywołać mogą zejścia śmiertelne. Bie, Würtzen i Secher podają kilkanaście przypadków gruźlicy dzieci; uważają, że tbc. gland. peribronch. daje wyniki dodatnie; inni duńscy autorzy (Chievitz 45 przypadków gruźlicy chirurgicznej) konstatują wyniki bardzo nieznaczne. **W myśl wskazań autorów duńskich, wybór odpowiednich przy-**

padków jest jedną z największych bolączek w lecznictwie sanokryzynowem.

Thorvald Hensen (28) uważa, że po stosowaniu sanokryzyny ilość niweczników zmniejsza się, natomiast wzrasta szybkość opadania czerwonych ciałek krwi — ma to zależeć od zwiększenia ilości antygenów toksycznych, pochodzących z rozpadłych prątków gruźliczych.

Jednym z najżarliwszych zwolenników stosowania sanokryzyny jest Knud Faber (29). Według niego, najlepsze wyniki dają przypadki świeże z niezbyt rozległemi zmianami wysiękowemi. Sanokryzyna posiada swoiste działanie lecznicze w gruźlicy płuc, w gruźlicy zaś pozapiersiowej (chirurgicznej, meningitis tbc.) Knud Faber działania nie zauważył. Bardzo jest skuteczna w świeżej gruźlicy, trwającej mniej niż jeden rok, w przypadkach starszych wynik jest niepewny.

Secher (30) dochodzi do wniosku, że sanokryzyna jest dla wielkiej ilości przypadków gruźlicy płuc środkiem, którego stosowanie przewyższa inne dotychczas używane środki.

Wszyscy autorzy duńscy zgodnie stwierdzają, *iż stosowanie sanokryzyny u ludzi nie jest to „therapia sterilisans magna"* zawsze pozostaje niewyleczone ognisko pierwotne, gdzie prątki gruźlicze są niedostępne dla sanokryzyny, za wałem tkanki łącznej. W przewlekłych zaś, włóknistych postaciach powstawać musi szereg miejsc odosobnionych od mezodermy (krwi) o tyle, że sanokryzyna nie może do nich przeniknąć w dostatecznem stężeniu.

Według zgodnego zdania Fabera, Permina, Sechera, Bie, Rowsinga, Grawesena, Rogasona sanokryzyna wskazana jest w przypadkach ostrych, wysiękowych, nawet bardzo ciężkich, połączonych nieraz z rozległemi ogniskami zapalnemi (wszelkie pokrwotoczne procesy). Mniej nadają się postacie wytwórcze — włókniste; ciąża nie stanowi przeciwwskazania. Bogason jest zwolennikiem małych dawek, Knud Faber i Secher są zwolennikami surowicy.

Jako przypadki, mało nadające się do stosowania sanokryzyny uważają wybitny habitus phtisicus, długotrwałe okresy gorączkowe, wychudzenie, znaczne objawy toksemiczne. Silna budowa, dobre odżywianie dają lepsze rokowanie. Gruźlica nerek, gruźlica jelit i objawy ze strony serca są przeciwwskazaniem do leczenia sanokryzyną. Dobre wyniki daje tbc. glandul.-peribronch, pleuritis i peritonitis tbc. okresy leczenia do 1 miesiąca.

Trudne jest stosowanie sanokryzyny w przypadkach z wysoką gorączką. Wyniki dobre można jednak łatwo uzyskać i w gruźlicy włóknistej z nieznacznem wzniesieniem ciepłoty. Natomiast sanokryzyna nie nadaje się do leczenia ostrego, płatowego, gruźliczego zapalenia płuc. Surowica antytoksyczna posiada według badań duńskich znaczenie jedynie w ostrym wstrząsie, skutecznosc jej jako środka zapo-

biegawczego przeciwko białkomoczowi nie jest jasna i dalsze badania są konieczne.

Polscy autorzy odnoszą się do sanokryzyny i złota rozmaicie. Karwacki (31) demonstrował przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wyleczonego sanokryzyną i aurosanem. Rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało stwierdzeniem licznych prątków kwasoodpornych w płynie mózgowo-rdzeniowym, który nadto zawierał zwiększoną ilość białka i wykazywał pleocytozę limfocytarną. Po zastosowaniu w drugim dniu choroby 0,25 sanokryzyny i 20 cm^3 surowicy Joasset'a nastąpił spadek ciepłoty z 39,2 do 36,3. Równocześnie zniknęły i objawy oponowe. Po 10 dniach podskok gorączki: Kernig i Brudziński + bóle głowy. W płynie mózgowo-rdzeniowym zwiększona ilość białka, prątków nie wykryto. Zastosowano aurosan, ciepłota opadła do normy, stan ogólny polepszył się, objawy oponowe zniknęły. Po 10 dniach znowu aurosan. W ciągu $3^1/_2$ mies. obserwacji chory żadnych objawów chorobowych nie zdradzał i przez komisję wojskową został uznany za zdolnego do pełnienia służby wojskowej bez zastrzeżeń.

Podobny przypadek wyleczenia z meningitis basil. miał K. Zieliński (32). Przypadek ten skończył się zniknięciem objawów oponowych i śmierć nastąpiła po upływie przeszło pół roku wskutek gruźlicy płuc.

E. Pain (33) w zestawieniu krytycznem o chemoterapji gruźlicy podaje, iż badania analityczne Lembolta, Hansburga, Frandsena i komisji angielskiej wykazały, że drobina sanokryzyny nie jest trwała, lecz rozszczepia się w ustroju, po rozszczepieniu zaś działa trująco. Pozatem, ponieważ sanokryzyna wydziela się w ustroju wolno, możliwa jest kumulacja, surowica zaś działać ma nie jako odtrutka, lecz jako obcogatunkowe białko.

Krotoski (34) (z Poznania) podkreśla, że po stosowaniu surowicy nastąpić może prócz wstrząsu posanokryzynowego (tuberkulinowego) jeszcze wstrząs uczuleniowy (anafilaktyczny). Objawami wstrząsu uczuleniowego są: 1) ciepłota podwyższona (przy wstrząsie posanokryzynowym — znamienny spadek); 2) twarz jasno-czerwona, (przy wstrząsie posanokryzynowym — sinica); 3) przyspieszenie tętna; 4) drgawki toniczne. Wstrząs uczuleniowy występuje wkrótce po zastrzyku i, w odróżnieniu od wstrząsu posanokryzynowego, nie doprowadza do śmierci.

Prof. Jezierski (35) z Poznania stosował krysolgan i sanokryzynę u chorych z gruźlicą płuc bez powikłań (Turban I i II), zaczynając od dawek 0,0001 krysolganu lub 0,1 — 0,2 sanokryzyny, zastrzykując raz na tydzień. Wyniki zarówno od krysolganu, jak i od sanokryzyny otrzymywał dodatnie (spadek ciepłoty, przyrost wagi, zmniejszenie ilości plwociny, ginięcie prątków, poprawa objektywna w płucach).

Czynnikiem, sprzyjającym rozmieszczeniu złota w płucach, miało być jakoby naświetlanie lampą kwarcową. Z doświadczeń swych nad królikami Jezierski dochodzi do wniosku, iż sanokryzyna jest środkiem nietylko wybitnie działającym (porażennym dla drobnych naczyń krwionośnych), lecz i niszczącym w wielkim stopniu nabłonek narządów miąższowych (nerek), a nawet tkankę łączną (wywoływanie t. zw. perinephritis).

M. Okoński (37) stwierdza, że nie widział dodatniego wpływu leczenia Aurosanem i Sanokryzyną na proces chorobowy w krtani, uważa jednak podwójny tiosiarczan złota za preparat, który może przynieść lekarzowi dużą pomoc w leczeniu gruźlicy, a choremu bardzo często wydatną poprawę zdrowia. Umiejętnie dozowany, prawie nigdy nie powinien szkodzić. Należy dążyć do tego, aby odczynowe objawy nie były za duże; wyżej wspomniany autor kończy swą pracę apelem, że indywidualizowanie każdego przypadku jest usilnie wskazane.

E. Wajs (38) i K. Zieliński i E. Wajs (39) na podstawie kilkoletniej pracy na oddziale gruźliczym w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze, na podstawie długotrwałych obserwacji dochodzą do wniosku, że w niektórych przypadkach chorobowych widzieli wielką poprawę przy stosowaniu soli złota w lecznictwie gruźlicy płucnej. Według nich, zgodnie ze zdaniem duńskich klinicystów, jednakże, niestety, dobór przypadków chorobowych odgrywa również rolę pierwszorzędną.

Rencki (40) jest zdania, że wyniki lecznicze, osiągnięte przez rozmaitych lekarzy, nie są jednolite. Sanokryzyna i aurosan, stosowane w dawkach małych, nie są szkodliwe i *w odpowiednich postaciach chorobowych mogą wpływać dodatnio na przebieg gruźlicy.*

Stosowanie surowicy nie ma znaczenia zapobiegawczego. Aurosan nie różni się niczem od sanokryzyny. Sanokryzyna i Aurosan nie posiadają zupełnie bezpośrednich własności bakterjobójczych, *nie są w stanie zniszczyć prątka gruźliczego w ustroju i nie odpowiedziały zadaniom Ehrlicha dla „therapia sterilisans magna”*. Potrzebne są dalsze poszukiwania i próby na drodze wskazanej przez Ehrlicha.

Michalski (41), który pierwotnie przypuszczał, że aurosan i sanokryzyna nie są środkami identycznemi, pod wpływem badań prof. Modrakowskiego zmienił zdanie i w ostatnich publikacjach stwierdza zupełną tożsamość obydwóch preparatów.

Anastazy Landau (42) zaznacza, że prace Moellgaarda zasługują na entuzjastyczne przyjęcie: po zastosowaniu podwójnego tiosiarczanu złota widywał w niektórych przypadkach gruźlicy poprawę, jakiej by nie otrzymał po zastosowaniu każdego innego, z dotychczas znanych środków.

Dobrowolski (43) stwierdza, że pomiędzy aurosanem i sanokryzyną nie ma żadnej różnicy. Według Dobrowolskiego prątki giną w rozczynie 1 : 100.000. Zaleca stosowanie małych dawek po 0,25 pro dosi — na jedną kurację — 3,5. Do kuracji złotowej nadają się przeważnie przypadki świeże, w każdym bądź razie nie w stanie krańcowego wyniszczenia gruźliczego.

Knud Faber (44) podaje 52% wyleczenia po stosowaniu sanokryzyny w Danji. Saye z Barcelony widział poprawę w 68%.

Francja nie ma szczęścia do sanokryzyny. Sergent, Durand, Kurilski wartość sanokryzyny obliczają na 0%. Wynik ten nie uprawniał ich do dalszych prób.

Angielska komisja sanokryzynowa doszła do zupełnie przeciwnego zdania i twierdzi, że sanokryzyna wywiera pewne działanie swoiste na tkankę gruźliczą i radzi próby prowadzić nadal.

Backmeister jest zwolennikiem leczenia sanokryzyną, zarówno jak i holenderski prof. Snapper.

Le Blanc (45) odmawia sanokryzynie wszelkiej swoistości w leczeniu gruźlicy.

Klemperer (46) wypowiada zdanie, że w pewnych przypadkach sanokryzyna jest skuteczna, w innych, niemniej od pierwszych częstych, zawodzi. Uprzednie określenie przypadków, w których by sanokryzyna była skuteczna, nie jest dotychczas możliwe.

Prof. Linn (47) podaje 16 przypadków, z których w 5 wystąpiła znaczna poprawa; według niego sanokryzyna jest szczególniej skuteczna w przypadkach ostrych.

Umber (48) miał 6 przypadków: w 4 znaczne polepszenie. W klinice Czerny'ego na 12 przypadków: 11 przypadków śmierci, 1 przypadek beznadziejny. Henius 9 przypadków, z nich w 5 poprawa. Friedemann na 54 przypadki: w 19 skonstatował poprawę i uważa wysiękowe zmiany za najbardziej wskazane do stosowania sanokryzyny.

Ulrici (49) stosował sanokryzynę: a) miejscowo u 23 chorych z gruźlicą zewnętrzną (9 przypadków tocznia, 3 — gruźlicy jamy ustnej, 3 — gruźlicy krtani i 1 gruźlicy kości i stawów); b) dożylnie u 15 chorych z gruźlicą płuc. W pierwszej grupie uzyskano wyleczenie. W drugiej, w 7 przypadkach daleko posuniętych, otrzymano pogorszenie, w 6 przypadkach gruźlicy wysiękowej poprawę (w tem 2-ch bardzo znaczną); również 2 przypadki gruźlicy wytwórczej dały znaczną poprawę. Ulrici odczyny posanokryzynowe uważa za odczyny organotropowe, t. j. za odczyny tkanki schorzałej, przeczulonej na działanie złota.

G. E. Permin (50) podaje 12 przypadków ciężkich, przewlekłych i dochodzi do następujących wniosków: najbardziej przekonywujące zmiany po leczeniu sanokryzyną widać na rentgenogramach płuc:

konstatuje się ustępowanie gruźlicy wysiękowej i ziarninowej, następuje charakterystyczny obraz wzrostu obfitego tkanki łącznej z następczem zbliznowaceniem. Zmiany te występują po 2 — 4 miesiącach.

Zmiany wysłuchowe idą prawie zwykle w parze ze zmianami rentgenologicznemi. Prątki Kocha wprawdzie znikają szybko, ale w większości przypadków zjawiają się na nowo, szczególniej w przypadkach przewlekłych. Stosując małe dawki, unika się spadku wagi. Wyniki otrzymane po sanokryzynie, utrwalić należy przez kurację w sanatorjach.

A. Puder i K. Lecohay (51) konstatują dobre rokowanie po stosowaniu sanokryzyny w tych przypadkach, które dają mało objawów pobocznych. Rist podkreśla nadzwyczajną sumienność i prawdomówność badaczy duńskich. Prof. Elliot uważa leczenie sanokryzyną za najlepsze ze znanych obecnie. Z płuc złoto ginie po 27 dniach. Ogólna ilość wprowadzonego złota wynosiła 4,5 grama w 17 dni.

Wydalanie złota z ustroju odbywa się prawie wyłącznie przez nerki. Badania Płotkowiakówny (52) nad wydalaniem złota z ustroju po stosowaniu dożylnem sanokryzyny dały następujące wyniki: w $2^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu w większości przypadków brak złota w moczu; w $6^1/_2$ godzin po wstrzyknięciu strąca się duża ilość złota metalicznego i odczyny barwne na złoto występują wyraźnie; w $18^1/_2$ godzin po wstrzyknięciu ilość złota jest mniejsza, niż w $6^1/_2$ godz.; po 22 godz. badanie moczu na złoto daje wynik ujemny. W kale badanie na złoto daje wynik ujemny. Płotkowiakówna dochodzi do następujących wniosków: wydalanie złota z ustroju trwa 13 — 14 godzin, czyli przeciętnie w 19 — 20 godzin po wstrzyknięciu złoto bądź wydala się z ustroju, bądź odkłada w narządach. Badania Płotkowiakówny nad rozmieszczeniem złota w narządach dało wynik następujący:

1) w 24 godz. po wstrzyknięciu 0,25 g najwięcej złota zawierały nerki mniej wątroba, a jeszcze mniej płuca;

2) w 3 dni po wstrzyknięciu 0,25 g ilość złota w nerkach była stosunkowo mniejsza, niż po 24 godzinach;

3) w 7 dni po zastosowaniu 0,25 g sanokryzyny nerki wykazują zawartość minimalnej ilości złota. W płucach natomiast wątrobie i śledzionie odczyny na złoto dają wynik ujemny.

Na podstawie tego Płotkowiakówna dochodzi do wniosku, że złoto wydalać się musi z organizmu dłużej, niż 20 godzin, lecz wydala się w tak małych ilościach, że nie można go wykryć za pomocą metod makrochemicznych. Do podobnych wyników dochodzi Svend Lomholt.

Staraliśmy się w tym krótkim przeglądzie przedstawić jednakże dostatecznie szczegółowo najwięcej znane poglądy stosowania złota w chemoterapji gruźlicy.

Przeszło zaledwie kilka lat od okresu pełnego śmiałych nadziei na możliwość znalezienia środka rzeczywiście skutecznego w lecznictwie gruźlicy i okazało się, że jednakże pomimo entuzjastycznych opinji pierwszych obserwatorów wielkość Sanokryzyny owego cudownego leku zmalała doszczętnie, doszła do poziomu prawie równoznacznego z wartością leczniczą Krysolganu, Triphal'u i wielu innych złotowych związków, zalecanych i stosowanych w lecznictwie gruźlicy.

Poprzedzona kolosalną reklamą (przeważnie dzięki wpływom prasy niefachowej) — sanokryzyna nie ziściła pokładanych w niej nadziei jako therapia sterilisans magna gruźliczego ustroju: musimy stwierdzić i kategorycznie podkreślić, że sanokryzyna nie jest w stanie zniszczyć prątka gruźliczego w ustroju. Jak więc wytłomaczyć ten fakt, że wiarogodni badacze obserwowali w niektórych jednak przypadkach gruźlicy widoczną a nawet wybitną poprawę? Czy nie byłoby słuszniej uważać, że stany poprawy, spostrzegane niekiedy przy stosowaniu soli złota, są uwarunkowane jednakże innym zjawiskiem.

Jeżeli wziąć pod uwagę, że większość badaczy stwierdza pozytywnie, że najlepsze wyniki otrzymuje się przy stosowaniu sanokryzyny w sprawach początkowych („po influenzyjnych"?) to czyż nie logiczniej dojść do innego wniosku, że sanokryzyna okazuje pewne, że tak powiemy może nawet wybiorcze działanie na sprawy z zakażeniem mieszanem (b. influenzae, diplococcus, streptococcus i t. d.) Jasnem jest dla nas, że właśnie w tych świeżych stanach znaczne podniesienia ciepłoty przy często nieznacznych rozmiarach procesu gruźliczego są uwarunkowane dzięki obecności w ustroju zakażenia mieszanego i właśnie optimum działania leczniczego sanokryzyny obserwowaliśmy w warunkach szpitalnych w całym szeregu przypadków „ostroprzebiegających pogrypowych" z wielkim wzniesieniem ciepłoty, ze stwierdzoną różnorodną florą w plwocinie. W wypadkach tych (w większości) po zastosowaniu sanokryzyny konstatowaliśmy zmianę flory bakteryjnej ustroju przez zmniejszenie wybitne ilości drobnoustrojów szczególnie gnilnych, lecz prątki gruźlicze często ulegały, jednak ilościowo niewielkiej zmianie.

Ostatnio przeprowadzone przez nas badania bakterjologiczno-eksperymentalne (które w niedługim czasie mamy zamiar opublikować) zdają się całkowicie potwierdzać wygłoszoną na tym miejscu przez nas tezę.

1) De Witt cyt. w/g K. Zielińskiego i E. Wajsa. P. G. L. 40. 1927.
2) Richman l. c.
3) Bruck i Glück. l. c.
4) Feldt i Spiess. l. c.
5) Schröder, Meye, Rauter, Richman. l. c.

6) Schröder l. c.
7) Henius l. c.
8) Schröder i Henius l. c.
9) Unna l. c.
10) Feldt l. c.
11) Heubner l. c.
12) Stuhl. Streszcz. Klin. Woch. II. 1925. str. 512.
13) Lennartz. A. Ther. der Gegenwart 67. 1926.
14) Zwerg. Ther. der Gegenwart 66. 1925. Z. 8. str. 388.
15) Leven. Kl. W. 51. 1924. str. P. G. L. 4. 1925.
16) Henius. D. med. W. 14. 1925.
17) Kiess. Med. Klin. 2. 1925.
18) Reuss. A. Kl. der Tbc. Bd. 60. H. 3. Z. 207.
19) Schelenz. Zeitschr. für Tbc. Bd. 40. H. 3. S. 188. 19. 24.
20) Klemperer. Ther. der Gegenw. 66. 19. 25. str. 21 i 233.
21) Typograf i Dobrowolski cyt. W/G K. Zielińskiego i E. Wajsa P. G. L. 40. 1927.
22) Indra l. c.
23) Rickmann. Münch. med, Woch. 66. 19. 24.
24) Zwerg. cyt. W/G K. Zielińskiego i E. Wajsa P. G. L. 40. 1927.
25) Sachs l. c.
26) Ulrici. Kl. Woch. 19. 1925.
27) Secher i Würtzen cyt. w/g K. Zielińskiego i Wajsa P. G. L. 40. 1927.
28) Thorwald. Hensen. l. c.
29) Knud. Faber l. c.
30) Secher l. c.
31) Karwacki. P. G. L. 7. 1926. str. 123.
32) K. Zieliński. P. G. L. 40. 1927.
33) E. Pain. Kw. Kl. Szpit. Starozak. w W-wie. T. V. Z. III. 1926.
34) Krotowski. cyt. w/g K. Zielińskiego i E. Wajsa. P.G.L. 40. 1927.
35) Jezierski. l. c.
36) Orłowski
37) Okoński. Med. 1928 r.
38) E. Wajs. Nowiny Lekarskie 1926.
39) K. Zieliński i E. Wajs. P. G. L. 40. 1926.
40) Rencki Roman P. G. L. 46. 1926.
41) Michalski Zdzisław. P. Arch. Med. Wewn. T. 4. Z. 4. str. 680-694.
42) Landau Anastazy. W. Cz. Lek. 3. 1927. str. 122.
43) Dobrowolski. P. G. L. 16. 1927.
44) Knud Faber. The Lancet. VI. 1925.
45) Le Blanc. Münch. med. Wochenschr. 8. 1926.
46) Klemperer. Ther. der Gegenw. 67. 1926. Z. II. str. 76.

47) Prof. Linn cyt. w/g K. Zielińskiego i E. Wajsa. P. G. L. 40. 1927
48) Umber. l. c.
49) Ulrici. Klin. Woch. 10. 1926. i 19. 1925.
50) G. E. Permin. streszcz. w Gruźlicy N-3. 1925. str. 159.
51) Puder. A. Med. K. Lecohay. Kl. W. 31. 1925. str. 1521.
52) Rozalja Płotkowiakówna. O wykrywaniu złota w wydzielinach ludzkich i narządach króliczych po wstrzykiwaniu sanokrysyny. Polsk. Arch. Med. Wewn. Tom. III. Z. I. str. 83. R. 1925.

Gruźlica a niektóre objawy ze strony układu parasympatycznego.

Podał dr. med. Konrad Poncz.

Stosunek gruźlicy do układu wegetatywnego od kilkunastu lat jest przedmiotem dociekań naukowych: anatomo-patologicznych, doświadczalnych i klinicznych. Literatura, dotycząca tej ważnej kwestji w patologji ogólnej, jest już dość pokaźna, (Eppinger i Hess, Barkmann, Glaser, Mackenzie, Gouth, Pottenger, Singer i inni).

W przebiegu gruźlicy może być zaatakowany zarówno układ sympatyczny jak i parasympatyczny.

Eppinger i Hess, twórcy koncepcji sympatico i wagotonji, zwrócili uwagę na to, że gruźlicy są przeważnie wagotonicy. Do tego samego wniosku doszedł **Gouth** na podstawie b. obszernego materjału klinicznego. Tą wagotonję u gruźlików *Eppinger i Hess* tłomaczyli w ten sposób, że toksyny gruźlicze porażają nadnercza i układ chromochłonny. Ponieważ znów nadnercza wydzielają hormony, pobudzające układ sympatyczny, przeto układ ten ulega zahamowaniu wzgl. porażeniu, a wskutek tego przewagę otrzymuje układ parasympatyczny. Autorzy ci przytaczają objawy u gruźlików, które wskazują na zmniejszone napięcie układu sympatycznego, a przewagę parasympatycznego: skłonność do pocenia, częste biegunki, niskie ciśnienie krwi, słaby odczyn po zastrzyknięciu adrenaliny, a silny po pilokarpinie. Należy również zwrócić uwagę na dużą tolerancję gruźlików w stokunku do węglowodanów, co świadczy o zmniejszonem wydzielaniu adrenaliny przez substancję rdzeniową nadnerczy.

Późniejsze badania *Deutsch'a i Hoffmann'a* dały wyniki nieco odmienne: według nich w początkowych okresach mamy doczynienia z wzmożonem napięciem układu sympatycznego, a dopiero później dojść może do jego porażenia.

Jednakowoż spostrzeżenia innych autorów, o których później będzie jeszcze mowa i nasze własne przemawiają za tem, że w początkowej gruźlicy mamy raczej do czynienia z wzmożonem napięciem układu parasympatycznego (*vagotonia*), a później następuje zahamowanie, a nawet porażenie jego (*vagoparalysis*).

Obok nadnerczy należałoby zdaniem naszem zwrócić uwagę na zaburzenia gruczołu tarczowego, wzgl. nie rzadkie u gruźlików, najczęściej w kierunku jego nadczynności (hyperfunctio).

Na objawy choroby Basedowa u gruźlików zwrócili u nas uwagę *Białokur, Alfred Sokołowski* i *Janowski*.

A wszak wiadomem jest, że gruczoł tarczowy wydziela hormony, pobudzające nie tylko układ sympatyczny, lecz i parasympatyczny (**Kurt Dresel**). Badając młodych osobników, dotkniętych gruźlicą, a wykazujących objawy basedowoid'u, przekonałem się że są oni nawet częściej wagotonikami, aniżeli sympatykotonikami. Jaki jest stosunek zaburzeń w narządach rodnych u gruźlików do nadmiernej pobudliwości u nich układu parasympatycznego — kwestja ta nie została jeszcze dostatecznie wyświetlona. Wreszcie jako przyczynę wagotonji we wczesnych okresach gruźlicy podają niektórzy (*Singer, Glaser*) zmiany w gruczołach okołooskrzelowych. Powiększone gruczoły wywierają ucisk na nerw błędny, drażnią go; na sekcji stwierdza się nieraz, że tkanka łączna, przerastająca gruczoły okołooskrzelowe, sięga również nerwu błędnego, przegina go, zarasta, łączy z gruczołami. Jako cechę charakterystyczną tego rodzaju zmian w nerwie błędnym *Glaser* podaje silny pociąg do wymiotów u gruźlików i silny kaszel — objawy te ustępują pod wpływem atropiny.

W początkowych okresach gruźlicy wiele objawów chorobowych należy złożyć na karb wzmożonego napięcia układu parasympatycznego. Do tych objawów zaliczyć należy rzekomą postać żołądkowo-kiszkową, opisaną przez **Sokołowskiego,** a która poprzedza wystąpienie klinicznych objawów gruźlicy. Na karb więc wagotonji położyć należy wymioty, kwaśne odbijanie, gniecenie, wzdęcie po jedzeniu, nerwobóle z charakterem wyraźnego nerwobólu żołądkowego, częste biegunki lub kurcze spastyczne jelit, nadmierną kwasotę.

Objawy powyższe dają się usunąć za pomocą atropiny. Wagotonia jest przyczyną nadmiernych potów u gzużlików, którzy zupełnie nie gorączkują i poty te znikają pod wpływem atropiny.

Ciekawc są zmiany we krwi u gruźlików, które wskazują na udzieł układu parasympatycznego, a mianowicie eozynofilja i limfocytoza (*Eppinger* i *Hess, Dziembowski*). U niektórych gruźlików znajdowano leukopenję, charakterystyczną dla stanów wagotonicznych. Wreszcie do objawów wagotonji zaliczyć można występowanie w moczu urobilinogenu. Objawy ze strony płuc w początkowych okresach

gruźlicy według niektórych autorów są często raczej wyrazem podrażnienia przez toksyny gruźlicze układu parasympatycznego; niż zmian anatomicznych w płucach. Dychawica oskrzelowa (asthmabronchiale), sprawa par excellens wagotoniczna, występuje nieraz jako wczesny objaw gruźlicy, spotyka się również w dalszym jej przebiegu (**Brügelmann, Morawik** i **Trousseau**). **Peiser** w 0,8% przypadków obserwował współistnienie gruźlicy i dychawicy oskrzelowej.

W wielu przypadkach gruźlicy obserwowałem obarczenie w kierunku astmy: rodzice gruźlików tych lub najbliższi krewni dotnięci byli dychawicą oskrzelową. Ciekawe są objawy u gruźlików ze strony układu moczo-płciowego, które wskazują na wagotonję. U jednego chorego z gruźlicą notowałem pollakiurję, zatrzymanie moczu przerywanie jego prądu i stałe wypełnienie pęcherza (ischuria paradoxa) jeszcze na parę miesięcy przed wystąpieniem wyraźnych objawów gruźlicy. Objawy te tłomaczyłem podrażnieniem układu parasympatycznego. Podobne objawy, wskazujące na wzmożoną pobudliwość tego układu, opisał von Kowats i Glaser. Białkomocz ortostatyczny, tak często obserwowany u gruźlików (Lüdke, Roephe i inni), również tłomaczyć można nieraz jedynie wagotonią. Na posiedzeniu klinicznem w szpitalu na Czystem demonstrowałem przypadek białkomoczu ortostatycznego u gruźlika, wykazującego wybitne objawy wagotoniczne, które ustępowały po zastrzyknięciu 0,002 atropiny. Występowanie białkomoczu ortostatycznego u gruźlików tłomaczyłem w ten sposób, że pod wpływem podraźnienia układu parasympatycznego, wywołanego przez pewną pozycję osobnika lub pewien wysiłek, naczynia nerkowe ulegają rozsuwaniu i stają się przepuszczalne dla białka surowicy krwi.

Tym rozszerzeniem naczyń pod wpływem podrażnienia układu parasympatycznego należy tłomaczyć być może dermatografję, tak często spotykaną u gruźlików i podejrzane rumieńce na twarzy, a być może i drobne krwawienia płucne (tego zdania są niektórzy autorzy włoscy) zwłaszcza w tych okresach gruźlicy, kiedy ani klinicznie ani rentgenologicznie zmian się nie udaje stwierdzić, wobec czego sądzić można że wskutek rozszerzania naczyń dochodzi do krwawień per diapedesis. Wiemy że nieraz stosowanie atropiny w krwotokach płucnych u gruźlików' daje niezłe zupełnie wyniki.

Życie płciowe gruźlików również znajduje się pod wpływem nadmiernego napięcia układu parasympatycznego. Wiadomo, że gruźlicy zdradzają wzmożony popęd płciowy, u mężczyzn nprz. często spotykamy naprężenie prącia (erectio penis). Tłomaczyć należy to w ten sposób, że pod wpływem toksyn gruźliczych nn. erigentes penis są w stanie ciągłego podrażnienia. Glaser leczył jednego gruźlika z wmnożoną pobudliwością płciową tuberkuliną, i pod wpływem kuracji tej pobudliwość ustąpiła.

Najciekawszą jednak jest rzeczą, że odczyn Pirquet'a według spostrzeżeń **Hokc'a, Salmony'ego, Eggers'a, Rocckemann'a, Hecut'a i Müllera** ma związek z zaburzeniami układu wegetatywnego u gruźlików. Według największego badacza układu tego u nich **Ensta Goutha** tuberkulina działa na nadwrażliwy w gruźlicy układ parasympatyczny a w następstwie tego dochodzi do miejscowego rozszerzenia naczyń, zaczerwienienia, objawów wysięku i t. p. Tuberculina uczula układ parasympatyczny, podobnie jak pilokarpina, osłabia natomiast napięcie normalne układu sympatycznego. Allergja według Gouth'a jes to nadmierna pobudliwość układu parasympatycznego, wywołana przez infekcję gruźliczą (E. Gouth. Lungentuberkulose und vegetatives Nervensystem Beiträge zur Klin. der. Tub. 54 Band 3 Heft). Autor ten ogłosił b. ciekawe spostrzeżenia, że odczyn Pirquet'a wzmaga się po zastrzyknięciu podskórnem pilokarpiny (pobudzający układ parasympatyczny), a słabnie po zastrzyknięciu adrenaliny. W naszych kilku spostrzeżeniach odczyn Pirquet'a słabnął a nawet zupełnie nie występował po zastrzyknięciu jednocześnie atropiny. U gruźlików z osłabionym układem parasympatycznym, a wzmnożonem sympatycznym (co ma miejsce w późniejszych okresach choroby) Gouth nie otrzymywał odczynu Pirquet'a, albo wypadał on b. blado.

Zainteresowania godnemi są spostrzeżenia Goutha, że gorączka, występująca po zastrzyknięciu podskórnem tuberkuliny, ustępowała przy wprowadzeniu jednoczesnem adrenaliny. Tak samo adrenalina u gruźlików wogóle nieraz gorączkę obniżała, w naszych kilku przypadkach pilokarpina ją zwiększała.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Prof. Fr. Haro Garcia. **Bolesne miesiączkowanie i jego leczenie.** (La dismenorrea y su tratamiento). La medicina Ibera, 1928. Nr. 579.

Autor uważa, że bolesne miesiączkowanie nie stanowi oddzielnego obrazu chorobowego, a może występować w rozmaitych stanach patologicznych kobiecych narządów płciowych. Za przyczynę uważać należy zwężenie zewnętrznego ujścia, a także przodozgięcie macicy. W tym ostatnim wypadku utrudniony jest odpływ krwi miesiączkowej, wskutek czego powstaje kolka maciczna, a wtedy przez mechaniczne rozszerzenie wewnętrznego ujścia udaje się osiągnąć u chorych znaczną poprawę. Oprócz tego zabiegu w rachubę wchodzi chirurgiczne postępowanie. Dobrych wyników można się spodziewać po periarterjalnej sympatykotomji. Zabieg ten zdaje się być uzasadnionym ze względu na to, że wiele przypadków bolesnego miesiączkowania polega na nadwrażliwości nerwu miednicowego.

Wycięcie jajników lub niszczenie rentgenem natomiast nie zdaje się być uzasadnionem, ponieważ badanie po takich zabiegach wykazało, że w 95% przypadków bolesnego miesiączkowania jajniki bywały zupełnie normalne. Garcia w dalszym ciągu swej pracy wspomina o różnych możliwościach leczenia fizykalnego lub chirurgicznego.

Ponieważ bolesne miesiączkowanie uzależnione jest od niedostatecznej sprawności jajników, cierpienie to należy traktować podawaniem przetworów jajnikowych, a o ile zachodzi nadmierna lub niedostateczna sprawność tarczycy, to przed lub podczas miesiączkowania pojawiają się bóle, a wtedy wraz z przetworami jajnikowemi wskazane jest podawanie wyciągów z tarczycy oraz adrenaliny.

Dla łagodzenia bólów stosowano w kurczowych krwotokach macicznych atropinę. Próbowano też użycie estru benzylowego kwasu będźwinowego. Atropina jednak działa bardziej równomiernie. Makowca i jego przetworów należałoby uniknąć ze względu na zagrażającą narkomanję.

Stosowanie w położnictwie i zabiegach ginekologicznych pochodnych kwasu barbiturowego, jako leków nasennych i kojących uzasadniło w leczeniu bolesnego miesiączkowania podawanie **cibalginy,** jako związku dialu z pyramidonem, stosując jednocześnie postępowanie przyczynowe w etjologicznie jasnych przypadkach, diatermję i leczenie hormonami. Stwierdzono, że bóle we wszystkich przypadkach przechodziły już po pierwszej tabletce, względnie zastrzyku cibalginy i że następna miesiączka odbywała się bez wszelkich dolegliwości. W kilku rzadkich przypadkach trzeba było w kilka godzin po pierwszej tabletce podawać dalszą dawkę cibalginy, ponieważ w międzyczasie ustawało działanie pierwszej dawki.

Autor podaje opisy 3 przypadków. W pierwszym sprawa tyczyła się dolegliwości miesiączkowych wobec przodozgięcia macicy. Dzięki przetworom jajnikowym, cibalginie i stosowaniu diatermji bóle ustały po kilku okresach miesiączkowych. **Cibalginę** podawano przez 2 dni przed miesiączką po 1 tabletce 3 razy dziennie. W drugim przypadku miano do czynienia z zapaleniem i rozdarciem szyjki macicznej, przydatki były bolesne i wielkie. Przemywanie siarczanem miedziowym, diatermja i leczenie chirurgiczne rozdarcia szyjki oraz dla złagodzenia bólów cibalgina, podawana podczas perjodu w dawkach zmniejszanych od 3 — 1 tabletki doprowadziły do ustania dolegliwości. Trzeci przypadek tyczył się przodozgięcia macicy z hypotyreoidyzmem. Stosowano wyciąg z tarczycy i cibalginę dla zwalczania dolegliwości. Chora w ten sposób leczona mogła podczas miesiączki oddawać się zwykłym swym czynnościom.

Dobre wyniki, jakie otrzymano w tych 3 przypadkach zachęcają do dalszego stosowania leczenia kojącego. Wiadomo, że w ten sposób nie traktuje się przyczynowo bolesnego miesiączkowania, z zupełną jednak pewnością liczyć można na złagodzenie bólów, tak ażeby chore mogły oddawać się swej pracy codziennej. Niemniej ważnem jest, że ta metoda wzbudza zaufanie chorych, których nadzieje nie zawodzą, że za pomocą środków leczniczych doprowadzić można do ustania wszelkich dolegliwości. Dalsza kazuistyka wzbogaciła doświadczenia Garcia, przypadki te jednak nie były przeprowadzone do końca, tak jak podane powyżej. Wyniki zawsze były jednakowe: bóle łagodzono stale, a równoległe rezultaty postępowania przyczynowego pozwalały na stopniowe zmniejszanie dawek cibalginy.

Postępowanie daje się streścić w sposób następujący: 1) Przyczynowe zwalczanie dolegliwości, 2) poprawa stanu ogólnego za pomocą zabiegów hygienicznych i hormonoterapji i 3) do czasu osiągnięcia tego celu należy bóle zwalczać objawowo.

Scholz. Ueber Herzneurose. (Die Ärzt. Prax. T. II, z. 8, 1928).

Nerwicę serca lekarz niekiedy rozpoznaje mylnie w przypadkach, gdy rozwija się sprawa organiczna w sercu u osobnika neuropatycznego. Nerwica serca występuje u jednostek pracujących umysłowo, które są obarczone nerwowo, przyczem istnieje cały szereg czynników wyzwalających to cierpienie. Przeważnie u takich osobników już w wieku dziecięcym spostrzegamy cały szereg objawów nerwowych, jak lęk i niepokój. Typowym objawem jest uczucie ściskania w okolicy serca, nasilające się stopniowo i wreszcie przechodzące w ból, który może trwać od kilku minut do kilku dni. Najcięższą postacią nerwicy serca jest dusznica bolesna wrzekoma, w której występuje uczucie lęku śmierci podobnie, jak w dusznicy bolesnej prawdziwej. Jednakże zachowanie się chorego podczas napadu dusznicy wrzekomej jest zupełnie odmienne, a, co najważniejsze, brak tu przedmiotowych objawów ze strony serca, charakterystycznych dla miażdżycy naczyń wieńcowych serca. Niekiedy spostrzegamy objawy naczyniowe („martwy palec”), niekiedy zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Czasami można stwierdzić skurcze dodatkowe, jak również szmery i wzmożone tony serca, co prowadzi nieraz do omyłek rozpoznawczych.

Postępowanie lecznicze w nerwicy serca jest takie same, jak w przypadkach neurastenji. Ze środków farmaceutycznych **Ortner** zaleca tinctura aconiti z tinctura valerianae aa. **Kraft-Ebing** radzi stosować camphora monobromata z extr. valerianae aa. Wskazane są letnie kąpiele i nacierania letnią wodą. Często dobrze robi faradyzacja i galwanizacja. Należy pamiętać, żeby w nerwicy serca nie podawać naparstnicy.

Rösler. Ueber die Herzbeutelverwachsungen. (Die Ärzt. Prax. T. II, z. 3, 1928).

Autor przeprowadza różniczkowanie między accretio (zrosty zewnętrznej blaszki osierdzia ze ścianą klatki piersiowej) a concretio (zrosty osierdzia z nasierdziem) pericardii. Accretio pericardii daje charakterystyczny zespół objawów klinicznych, z których najważniejszym jest wciąganie ściany klatki piersiowej w okolicy serca przy jego skurczu. Natomiast concretio pericardii nie daje typowego obrazu klinicznego. Przy accretio utrudnione są skurcze serca, przy concretio — rozkurcze.

Należy pamiętać, że zrosty osierdziowe mogą być powikłane niedomogą mięśnia sercowego. Rokowanie w przypadkach zrostów osierdziowych zależy od sprawności mięśnia sercowego, oraz od ewen-

tualnych powikłań (np. ze strony nerek). W leczeniu należy przedewszystkiem stosować środki poprawiające czynność serca. Niekiedy w przypadkach accretio, o ile występują ciężkie zaburzenia w krążeniu, można dokonać wycięcia części żebra.

Zur Kalktherapie im Kindesalter. K. Klare Müncheuer. Med. Wochenschrift 1928. II. 2135.

Autor zaznacza, że Calcium-Sandoz jest dobrze znoszone u dzieci przy zastrzykach domięśniowych. Szczególnie odpowiedniemi są do leczenia przypadki diathesis exsudativa. Autor zaleca również stosowanie tego preparatu w leczeniu gruźlicy.

Ueber die Verstärkung der Novasurol (Salyrgan) diurese durch Ammoniumchlorid, P. Saxl und O. Erlsbacher Wien Klin. Wochensehr. 1929. I. 36.

Autorowie zaznaczają, że działanie diuretyczne Novasurolu (Salyrganu) zostaje wzmocnione, jeżeli podawać na 2 — do 5 dni chlorek amonu przed wstrzyknięciem Novasurolu. Autorowie podawali 8 gr. chlorku amonu pro die (Ammonii chlorati puriss. 8,o succi liquiritiae 6,o Aquae fontis ad 100,o). Należy zaznaczyć, że inne środki moczopędne nie wymagają swego działania przy zastosowaniu chlorku amonu.

Behandlung der perniziösen Anaemie mit Bluttransfusionen und gleichzeitigen Insulingaben. F. Waliński. Deutsche med. Wochenschrift Ja 52. Nr. 35. S. 1462.

Autor wychodząc z założenia, jak to wykazał Kuhlmann, że przy anemji złośliwej mamy acydozę oraz wzmocniony poziom cukru (*Meulengracht*). Autor stosował insulinę w 2 przypadkach, gdzie wykonano przetoczenie krwi bez widocznego rezultatu. Zastosowanie insuliny wykazało bardzo dodatni wpływ na stan soków ustrojowych chorych oraz na ich stan ogólny.

Ueber die Verabreichung von Knoblauch zu Heilzwecken Münchener med. Woch. 1929 r. Nr. 1. Tilger.

Autor zaznacza, że czosnek dobrze znany z medycyny ludowej w ostatnich czasach znalazł szerokie zastosowanie w medycynie. Ustalonym jest jego dodatni wpływ na procesy gnicia i fermentacji

w jelitach. Podawanie czosnku wywiera również dobry wpływ na florę bakteryjną jelit. Autor zaznacza, że podawanie czosnku przy miażdżycy tętnic działa dobrze gdyż powoduje on obniżenie ciśnienia

Autor zaleca podawanie wyciągu alkoholowego czosnku w ilości 15 — 30 kropli 2 — 3 razy dziennie. Wyciąg alkoholowy z czosnku przygotowywa się w ten sposób, że na 100 gr. 95% alkoholu bierze się 40 gr. pokrajanego czosnku, smak tego wyciągu może być poprawiony przez dodanie paru kropli Validolu.

Ueber den Wirkungsmechanismus der Karellschen Milchkur. W. Wadi. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44. 1928.

Autor podkreśla znaczenie kuracji Karella w leczeniu spraw chorobowych przebiegających z zaburzeniem wodnej gospodarki ustroju. Krążenie przy kuracji tej ulega poprawie. Diureza zwiększa się. Ilość produktów rozpadu powstająca przy upośledzonem krążeniu przez stosowanie wspomnianej kuracji ulega zmniejszeniu. Dobre działanie kuracji autor upatruje w metodycznem podawaniu mleka. Przy stosowaniu leczenia zaleca się leżenie w łóżku. Chorym dajemy 800 — 1000 gr. mleka które podaje się w 8 — 10 dawkach po 100 gr. co godzinę.

Każdorazowe podanie mleka jest bodźcem do wymiany soków pomiędzy krwią i tkankami, co prowadzi w końcu do stanu równowagi w wodnej przemianie materji. Autor zaleca stosowanie kuracji w tej postaci w przeciągu 5 — 7 dni, zaznacza on, że chorzy nie skarżą się przytem na głód i pragnienie.

Ueber den Eintritt von Schlafmitteln der Barbitursäure und Harnstoffreiche in das Zentralnervensystem.

O. Ehrisman. Naunyn-Schmiedebergs Archiv 136, 113 (1928).

Autor wykazuje za pomocą metody mikrosublimacyjnej, że weronal podany w dawce nasennej może być wykryty w thalamus i corpus striatum. Przy bardzo silnych dawkach może on być wykryty w rdzeniu kręgowym. Żadne środki nie są w stanie przeciwdziałać w przenikaniu weronalu do tych części układu nerwowego.

Nowe Wydawnictwo.

W najbliższych dniach opuści prasę drukarską bardzo interesujące, oraz dokładnie opracowane dzieło dla użytku praktycznego p. t. „Podręcznik receptowy oligopleksów dynamicznych i preparatów swoistych”.

Dzieło to ma za zadanie wypełnić lukę, jaka wytworzyła się w naszem lecznictwie wskutek małej możności zainteresowania się, oraz praktycznego stosowania całego szeregu nauk biologicznych.

Podręcznik ten składa się z 4 zasadniczych części, a mianowicie: Część pierwszą stanowią wstęp, oraz artykuły, wyjaśniające istotę oligopleksów dynamicznych, motywujące naukowo ich skuteczność przy równoczesnej nieszkodliwości, oraz wprowadzające Czytelnika w istotę **homeoterapji nowoczesnej**. W drugiej części podano cały szereg zabiegów i wskazań hygjeniczno-dijetetycznych i leczniczych, opartych na doświadczeniach najznakomitszych przyrodników i biologów.

Wykaz chorób wraz z szczegółową recepturą stanowi część główną podręcznika receptowego, przyczem przy wielu przewlekłych i tak zwanych nieuleczalnych chorobach uwzględnili autorzy wyniki najnowszych badań z dziedziny haemo-terapji, co czyni podręcznik ostatniem słowem w lecznictwie.

Część czwarta wreszcie podaje wykaz zalecanych środków leczniczych, wraz z najdokładniejszym składem chemicznym każdego z nich i ogólnemi wskazaniami leczniczemi.

Kończy podręcznik wykaz składników, używanych przy poszczególnych lekach, wraz z miejscem pochodzenia i sposobem fabrykacji.

Podręcznik ten, tłoczony w znacznej ilości egzemplarzy, zawiera przeszło 420 stron, jest ozdobnie oprawiony w dermatoid i będzie kosztował w handlu księgarskim zł. 7. Dla Czytelników „Therapia Nova” ustalono specjalną cenę zł. 3 — plus 0,50 za koszta przesyłki pod warunkiem wpłacenia tej kwoty do dnia 15 lipca b. r. na konto czekowe P. K. O. Nr. 17.659. Ze względu na wzmożony popyt, oraz na możliwość wyczerpania nakładu, wskazany jest pośpiech w zamawianiu tego podręcznika.

TREŚĆ:

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91.

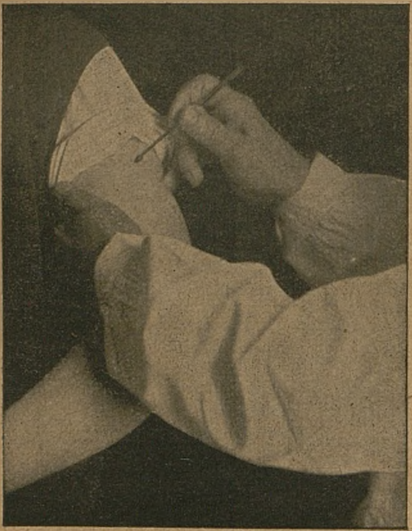
Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91

Szczepienie skórne „CUTIVACCIN PAUL”

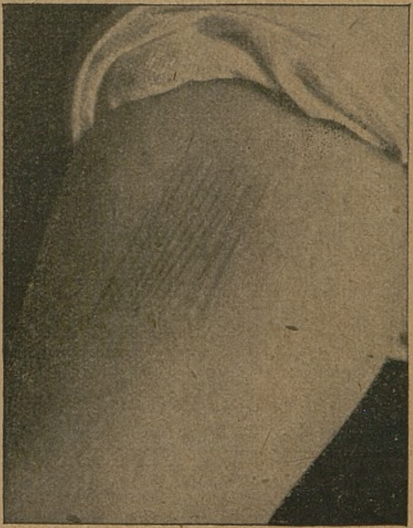
przy gośćcu przewlekłym, rwie kulszowej, nerwobólach i t. p. na podstawie nowszych doświadczeń klinicznych.

Technika i metodyka szczepień.

Powierzchnię szczepienia oczyszcza się eterem lub alkoholem. Lancet, służący do szczepienia, przed użyciem zanurza się w alkoholu i trzyma na płomieniu tak długo, dopóki alkohol całkowicie się nie spali. **Do szczepień nadają się najbardziej zewnętrzne powierzchnie obu ramion,** gdzie skóra daje się dogodnie napiąć lewą ręką i w ten sposób wykonane lancetem draśnięcia skóry się rozwierają (Rys. 1 i 2).



Rysunek 1.



Rysunek 2.

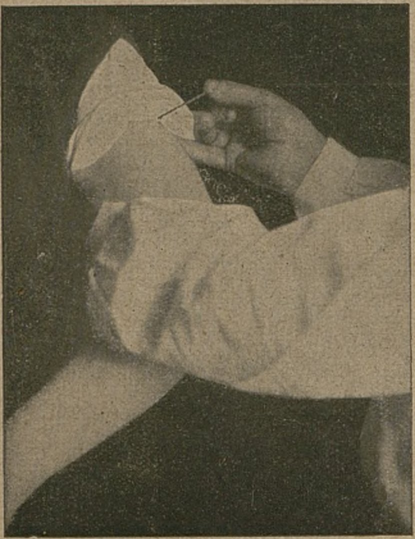
W ciągu trzech dni po szczepieniu nie powinna powierzchnia szczepienia zetknąć się z wodą; z tego właśnie powodu dokonywa się szczepienia na ramieniu, żeby pacjent, kąpiąc się, mógł szczepione ramię trzymać nad wodą. Przy szczepieniu na udzie lub w okolicy krzyża, przeciwko czemu zresztą nic mieć nie można, niewolno kąpać się przez trzy dni.

U osób dorosłych **rozmiar pola szczepiennego wynosi przy pierwszem szczepieniu 4 x 5 cm.,** u dzieci odpowiednio mniej.

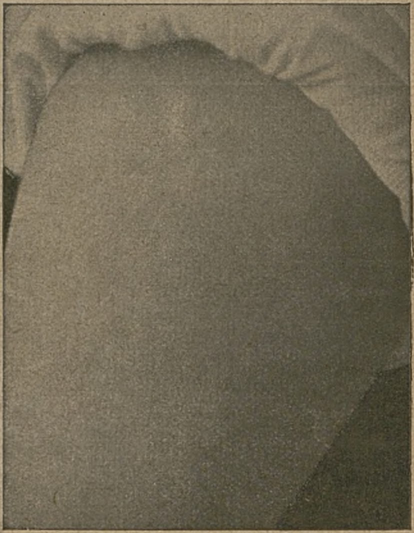
Na tej powierzchni wykonywa się skośnie trzymanym ostrzem lancetu 12 równoległych draśnięć, które celowo przeprowadza się od góry do dołu. (Rys. 1 i 2). **Draśnięcia te nie powinny**

krwawić, muszą jednak nacinać całą grubość naskórka. Poprzecznych skaryfikacyj należy bezwzględnie unikać.

Rurkę Cutivacciny nacina się pilnikiem na obu końcach, które się nadłamuje, poczem **wypuszcza się na draśnięte pole szczepienne całą zawartość rurki,** a więc 3 — 4 kropel (rys. 3), rozpościera się równomiernie po polu szczepiennem płaską powierzchnią lancetu i **rozciera się szyjką lancetu tak długo, dopóki pole szczepienne nie będzie zupełnie suche** i draśnięcia nie uwydatnią się w postaci wzniesień na powierzchni skóry (rys. 2). Jeśli szczepienie zostało należycie wykonane, opatrunek jest zbędny. Tylko w razie krwawienia draśnięć nakłada się kawałek wyjałowionej gazy i przymocowuje dwoma paskami leukoplastu. Opatrunek ten powinien leżeć 2 — 3 dni. **Powierzchnia szczepienia nie pozostawia po sobie później blizn ani jakichkolwiek śladów** (rys. 4).



Rysunek 3.



Rysunek 4.

Przy drugiem szczepieniu rozmiar pola szczepiennego jest równie duży, jak przy pierwszem. Natomiast przy następnych szczepieniach rozmiar ten uzależnia się od siły odczynu, jaki wystąpił po poprzedniem szczepieniu.

Dawkowanie szczepień.

Działanie szczepienia może być stopniowane:

1) przez rozmiar pola szczepiennego, 2) przez liczbę draśnięć, 3) przez ilość szczepionki, 4) przez zastosowanie w danym przypadku „Cutivaccin mitior" lub silniej działającego „Cutivaccin fortior".

Obu pierwszych szczepień dokonywa się za pomocą „Cutivaccin mitior", następnych zaś za pomocą silniej działającego „Cutivaccin fortior".

W tych przypadkach, w których po pierwszych szczepieniach nie występuje żaden odczyn (ani na polu szczepiennem, ani ogniskowy), można zwiększyć dawkę szczepionki do dwóch rurek na jedno szczepienie, ewent. zwiększyć rozmiar pola szczepiennego.

Przerwy pomiędzy szczepieniami.

Przerwy pomiędzy szczepieniami należy na podstawie najnowszych doświadczeń, wbrew pierwotnemu przepisowi, (Paul 1927) zmienić w sposób następujący:

Pomiędzy 1-em a 2-em szczepieniem przerwa wynosi 7 — 10 dni, pomiędzy 2-em a 3-em szczepieniem — 14 dni. Następnych szczepień dokonywa się z przerwami 2—4 tygodni, stosownie do rodzaju przypadku chorobowego i do siły miejscowego odczynu.

Liczba szczepień.

Liczbę szczepień należy przystosować do indywidualności każdego przypadku. **Conajmniej należy dokonać 6-u szczepień** (zamiast zalecanych dotychczas 5-u szczepień). W zastarzałych przypadkach, przy arthritis deformans i t. d., należy szczepić w krótkich odstępach czasu i bez przerw conajmniej 15 — 20 razy, ewent. nawet więcej.

Djeta i równoległe z nią stosowane metody lecznicze.

Leczenie szczepieniami, samo przez się, nie wymaga **żadnej specjalnej djety.** U osób, leczonych szczepieniami, niewolno jednocześnie przeprowadzać daleko sięgających fizykalnych metod leczniczych (leczenia gorącemi kąpielami, napotnych zabiegów kąpielowych, kuracyj głodowych i t. d.), ażeby zbytnio nie osłabiać organizmu pacjenta. Natomiast łagodne zabiegi kąpielowe z ostrożnym masażem i elektroterapją wspierają leczenie szczepienne.

Przebieg leczenia. Objawy uboczne.

W większości przypadków nie zaraz po pierwszem, a często nawet i po drugiem szczepieniu następuje ulga w cierpieniach; przeciwnie, niekiedy nawet stwierdzamy pozorne pogorszenie (odczyn ogniskowy). Dopiero po trzeciem szczepieniu następuje zwykle wyraźna poprawa. Niekiedy jednak po 5 — 7-em szczepieniu wzmaga się ponownie natężenie dolegliwości, poczem znów następuje znaczna ulga. Pośród objawów ubocznych, występujących niekiedy po pierwszem lub drugiem szczepieniu, napotyka się bóle zębów i głowy oraz umiarkowane podniesienie ciepłoty, które szybko znikają i w dalszym przebiegu szczepienia więcej się nie powtarzają. Wskazanem jest przeto zwracać uprzednio pacjentom uwagę na te objawy i uświadamiać co do ich nieszkodliwości.

Zaleca się również ważyć pacjentów. Przyrost wagi uważać należy za objaw dodatni, podczas gdy ubytek wagi nie stanowi o rokowaniu niepomyślnem. Spostrzega się również u pacjentów, osłabionych fizycznie i psychicznie, poprawę stanu ogólnego, lepszy sen i t. d. (Schrottenbach).

Przeciwwskazania:

Podeszły wiek — jednakże tylko przy ogólnem osłabieniu — ciężkie charłactwo, ciężkie, niewyrównane wady serca, ciężkie (jamiste) postacie gruźlicy, dusznica bolesna, daleko posunięte zapalenie aorty, choroby wątroby i nerek, **ciężka cukrzyca,** ciężka pokrzywka. **W lekkich natomiast postaciach gruźlicy Cutivaccina posiada nawet wartość leczniczą: poprawia się również zwykle lekki stopień cukrzycy po szczepieniach, cukier znika z moczu** (objawy te należy tłomaczyć działaniem nieswoistego leczenia drażniącego).

PIŚMIENNICTWO:

1. Paul: Wiener Med. Wochenschrift 14/1927.
2, Paul: Deutsche Med. Wochenschrift 52/1927.
3. Ayguebère: Le Concours Médical 50/1927.
4. Cmunt: Prakticky lékar 9/1927.
5. Cmunt: Vestnik Csl. Spolecnosti balneol. a klimatol. 1927.
6. Kabisch: Ars Medici 9/1927.
7. Krasuski: Polska Gaz. Lekarska 37/1928.
8. Peker i Czyżewska: Nowiny Lekarskie 14/1928.
9. Pribram: Wiener Klinische Wochenschrift 37/1927.
10, Schrottenbach: Monatsschrift ung. Mediziner 8-10/1928.
11. Skutetzky: Medizinische Klinik 4 1928.
12. Włodawerówna: Warszawskie Czas. Lekarskie 1-2/1929.
